

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o 516

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

Par BERTRAND MONTADE

Né à Geniès-le-Bas (Hérault), le 22 juillet 1870.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
ANATOMO-PATHOLOGIQUE, PATHOGÉNIQUE ET CLINIQUE
DE LA

Grenouillette Sublinguale

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

KIRMISSON et BROCA, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

No 516

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

Par BERTRAND MONTADE

Né à Geniès-le-Bas (Hérault), le 22 juillet 1870.

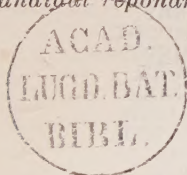
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
ANATOMO-PATHOLOGIQUE, PATHOGÉNIQUE ET CLINIQUE
DE LA
Grenouillette
Sublinguale

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

KIRMISSON et BROCA, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
Chef des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Témoignage de sincère reconnaissance
et de filiale affection.*

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

AUX MIENS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A M. LE DOCTEUR GRASSET

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. RICHELOT, BUDIN ET POTAIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien de l'hôpital des Enfants malades

Membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Ayant observé au cours de nos études médicales plusieurs cas de grenouillette sublinguale, nous avons cru qu'il serait intéressant à ce propos de mettre en évidence certaines considérations touchant cette affection, considérations qui se dégagent des nouvelles données pathogéniques et anatomiques que l'on possède actuellement sur elle.

La conception de la grenouillette envisagée en temps que représentant le cysto-épithélioma de la glande sublinguale, bien que déjà timidement affirmée par *Suzanne* mérite d'être rappelée : il en est de même de certaines complications de l'affection, notamment la grenouillette sus-hyoïdienne dont la pathogénie a été vivement éclairée par les faits anatomiques exposés récemment par M. *Morestin*.

La question si complexe en apparence de la grenouillette sublinguale envisagée en elle-même et de la parenté qui existe entre elle et la grenouillette sus-hyoï-

dienne sont ainsi dégagées de toutes les hypothèses pathogéniques vieilles dont on les entourait.

Contribuer à mettre ces faits en lumière, tel sera notre but au cours de ce modeste travail.

HISTORIQUE

Les plus anciens auteurs ont eu connaissance de faits de grenouillette : *Hippocrate* en a décrit sous le nom d'hyperglonite ; *Celse* en a également signalés. Ces auteurs en faisaient une lésion absolument locale, sorte d'abcès sublingual. *Aëtius* y voyait le fait de dilatations variqueuses pelotonnées.

Plus tard on devait faire jouer aux humeurs, ici comme partout ailleurs du reste, un rôle pathogénique important : aussi *A. Paré* (1) dit-il que la ranule n'est autre qu'un dépôt d'humeur pituiteuse venue du cerveau ; cet auteur reprenait, en la modifiant un peu, l'ancienne théorie d'*Avicenne*.

Lorsque l'anatomie des glandes salivaires eut été fixée dans ses grandes lignes par *Wharton*, *Bartholin* et *Rivinus* on commença à douter des anciennes théories et à soupçonner que les glandes étaient le siège

(1) A. Paré. *Œuvres*, liv. VIII. De Ranula, Paris, 1585.

de la tumeur. On fit cependant erreur en plaçant dans une dilatation simple des canaux excréteurs le siège de l'affection ; qui fut décrite comme telle par *Munichs, Jourdain et Louis*.

Fleischmann décrivit une bourse muqueuse sublinguale et y plaça le siège de la grenouillette : cette opinion fut reprise par *Jobert* (de Lamballe) (1).

On ne trouve peu de théorie pathogénique spéciale dans les travaux de *Boyer, Vidal de Cassis, Nélaton, Gosselin et Denonvillers*.

Cruveilhier fait remarquer que le canal de Wharton est souvent libre et que par conséquent on ne peut alors incriminer ses dilatations ; de plus la bourse séreuse de *Fleischmann* est plus que rare ; par conséquent il faut chercher une autre théorie. Cependant *M. Tillaux* (*Chir.-clin.* 1894, t. I p. 360) reste toujours partisan de la théorie de *Jobert*.

Citons les thèses suivantes qui ont trait aux grenouillettes diverses et qui au point de vue pathogénique ne renferment rien de bien spécial : *Leflaire* (1852), *Bimbard* (1853), *Pichon* (1854), *Magnier* (1855), *Dassen* (1857), *Perroud* (1858), *Lelièvre* (1861), *Lan-detta* (1863), *Demous* (1868), *Raillard* (1871), *Peys-sonnié* (1874), *Guérin* (1876), — les articles des divers traités de pathologie externe, les travaux de *Després* (2) et de *Delens* (3), de *Dieu* (4).

(1) *Jobert* (de Lamballe). *Tr. de chir. prat.* t. I.

(2) *Després* *Gaz. des hôp.*, 1876, p. 549.

(3) *Delens*. *Rev. de chir.*, 1881, p. 207.

(4) *Dieu*. *Soc. de chir.*, 1882.

Recklinghausen dont l'opinion a été acceptée par *M. Cornil*, a mis en cause la glande de Blandin ou de Nühn en ce qui concerne la grenouillette sublinguale.

Le travail de *Suzanne* (de Bordeaux) (1897), qui a eu un grand retentissement, a montré que l'on ne pouvait accepter l'avis de *Recklinghausen* et a décelé l'origine glandulaire du néoplasme.

Citons comme thèses récentes qui se rapportent du reste à la grenouillette sus-hyoïdienne, les thèses de *Boyer* (1), de *Chavillat* (2), de *Spindler* (3), et de *Maincent* (4).

(1) Boyer. *Th. Montpellier*. 1895.

(2) Chavillat. *Th. Paris*. 1895.

(3) Spindler. *Th. Paris*. 1898.

(4) Maincent. *Th. Paris*. 1899. N^o 439.



NOTIONS D'ANATOMIE

SUR LA RÉGION SUBLINGUALE



Pour bien voir la région sublinguale (1) il faut porter la pointe de la langue en haut vers le palais : on voit alors un espace quadrilatère limité en arrière par la face inférieure de la langue, en avant par l'arcade dentaire inférieure et se terminant en pointe au niveau de la première grosse molaire environ. *

En approchant de l'arcade dentaire, on trouve de chaque côté du frein de la langue une saillie de forme elliptique, obliquement dirigée en arrière et en dehors ; cette saillie occupe la plus grande partie de la région et n'est autre que la glande sublinguale : sur cette saillie, à la surface de la muqueuse on voit une crête ondulée au sommet de laquelle apparaissent à l'œil nu de petits orifices auxquels aboutissent les conduits

(1) Tillaux. *Tr d'anat. topogr.* 1890, p. 317.

excréteurs de la glande. Cette dernière formée de glandes en grappes agglomérées est recouverte par la muqueuse.

La glande repose sur le canal de Warthon, de la glande sous-maxillaire qui parcourt sa face profonde dans toute son étendue, accompagnée par le nerf et par la veine linguale ; à cette même face répondent le plexus nerveux sublingual et le ganglion sublingual.

Tous ces derniers organes sont plongés dans un tissu cellulaire lâche et lamelleux. Ce serait à ce niveau que se développerait la bourse séreuse de *Fleischmann*, admise par M. *Tillaux*.

Au dessous de ce tissu cellulaire on trouve le muscle génio-glosse divergeant en éventail, le muscle génio-hyoïdien, enfin le mylo-hyoïdien qui sert de limite au plancher de la bouche et à la région sus-hyoïdienne.

Cette dernière a pour limites en haut : le bord inférieur de la mâchoire, en bas le corps et les grandes cornes de l'os hyoïde ; en dehors le ventre postérieur ou digastrique et une ligne oblique étendue de l'angle de la mâchoire au bord antérieur du sterno-mastoïdien. A cette dernière correspond la bandelette fibreuse qui sépare la région sus-hyoïdienne de la région parotidienne.

La glande sublinguale normale pèse de 2 à 3 grammes ; sa forme est celle d'un fuseau allongé, aplati transversalement et parallèle au corps de la mâchoire, son grand axe se dirige donc en avant et en dedans et mesure trois centimètres ; le diamètre vertical est de un centimètre environ.

Chez l'homme, la glande sublinguale appartient à la variété mixte des glandes salivaires : l'élément muqueux prédomine cependant sous forme de volumineuses cellules claires ; l'élément séreux est représenté par de rares lunules ou croissants de Gianuzzi ; cependant par places limitées, sur les coupes on trouve « de petites plages presque exclusivement séreuses » *Laguesse et Jouvenel*.

Comme toutes les glandes salivaires, la sublinguale est formée de lobules divisés en cavités présentant une membrane propre doublée (*Boll*), de cellules plates en panier. Le tissu conjonctif n'existe guère qu'autour des lobules et des canaux excréteurs présentant un épithélium cubique ou cylindro-cubique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MACROSCOPIQUE

La tumeur qui constitue la grenouillette est de volume très variable ; elle est revêtue sur une grande partie de sa surface par la muqueuse linguale qui ne présente aucune adhérence avec sa paroi, sur laquelle elle se laisse facilement déplacer. Si la grenouillette a été le siège de poussées inflammatoires ou encore a été l'objet de tentatives opératoires, la muqueuse peut cependant être adhérente, épaissie, de consistance fibreuse.

La tumeur est limitée elle-même par une paroi propre, le plus souvent grisâtre et mince, présentant sur certains points de sa surface des fibres musculaires peu adhérentes, appartenant aux muscles voisins. Plus rarement cette paroi est résistante, épaisse, parfois de consistance cartilagineuse, ou encore, mince et souple dans la plus grande partie de son étendue ; elle présente dans d'autres points des plaques dures et jaunâtres, très denses.

Le néoplasme adhère assez intimement aux parties

sous-jacentes et ici sa ligne de démarcation est moins nette : elle baigne à ce niveau en effet, dans un tissu cellulaire qui, sous l'influence d'actions irritatives se sclérose et acquiert une consistance et une densité particulière.

Incisée, la tumeur laisse voir des cavités de volume variable, certaines parfois assez vastes, remplies d'une substance gélatineuse et tremblotante grisâtre ou jaune brunâtre : ces loges pseudo-kystiques sont séparées par des travées fibreuses d'épaisseur variable, résistantes ou de consistance myxomateuse.

On ne voit rien de plus à l'œil nu, mais cet aspect est déjà caractéristique et bien spécial à la grenouillette.



CARACTÈRES DU LIQUIDE

Presque toujours le liquide contenu dans la tumeur salivaire est filant, incolore, analogue comme consistance et aspect à du blanc d'œuf; il diffère donc à première vue déjà de la salive. Lorsque la grenouillette est ancienne ou infectée, il peut se produire des hémorrhagies à l'intérieur de la tumeur ou une suppuration de ses parois : alors, suivant les cas, le liquide est brun roussâtre, hématique, séro-muqueux ou purulent.

Au microscope le liquide contient des noyaux granuleux, des cellules épithéliales de formes variées, certaines d'entre elles ayant subi la métamorphose colloïde, des globes hyalins, et même parfois des globules rouges ou des leucocytes.

Le liquide n'est soluble ni dans l'eau froide, ni dans l'eau chaude : par l'ébullition dans l'eau [il ne donne pas de colle; l'alcool et l'éther sont sans action sur lui.

Sous l'influence de l'acide acétique il se produit un gonflement assez prononcé de sa masse : il devient alors tout à fait transparent : l'acide chlorhydrique à 0,2 o/o produit un effet analogue. Les alcalis con-

centrés produisent également un gonflement, mais moins accusé : si on ajoute ensuite de l'eau on provoque rapidement la dissolution. L'acide nitrique fort rattatine le contenu mucoïde des grenouillettes et lui communique une coloration jaune : sous l'influence d'une faible chaleur cette réaction xantoprotéique se produit encore plus rapidement et d'une façon plus nette : l'addition d'ammoniaque renforce la coloration qui passe au rouge orangé. Une solution faible d'acide chlorhydrique additionné de pepsine dissout cette substance. Une solution de sulfate de cuivre dans la lessive concentrée de potasse colore en violet au bout d'un quart d'heure à la température de 40° (1).

Toutes ces réactions chimiques diverses nous enseignent que le liquide renfermé dans les grenouillettes est composé d'une substance répondant à ce que nous désignons sous le nom de substance colloïde.

Cette substance existe à l'état normal dans certaines régions de l'organisme normal, par exemple les vésicules du corps thyroïde, Le plus souvent on la rencontre dans les organes à l'état pathologique, dans certains goîtres, dans les capsules surrénales, le corps pituitaire, certaines tumeurs telles les épithéliomas, mais surtout dans certains kystes de l'ovaire, du pancréas, du testicule, de la mamelle : la substance colloïde provient alors d'une dégénérescence.

Nos connaissances sur la dégénérescence colloïde se

(1) Garup-Besanez. *Lehrbuch d. physiol. chemie*. 1879. M. Aufl. p. 458.

sont développés parallèlement aux progrès accomplis dans l'étude de la mucine. Dès 1850 *Scherrer* (1) décrit dans le contenu colloïde d'un kyste de l'ovaire deux substances, métalbumine et paralbumine, qui constituent deux stades de transition entre l'albumine et le mucus. On pourrait donc dire que la métamorphose colloïde fait partie du cycle de transformations qui caractérisent la métamorphose muqueuse et qu'elle représente le stade initial de celle-ci.

Dix ans après, *Eichwald* (2) voit dans la matière colloïde un mélange formé par des quantités variables d'albumine et de mucine.

Haumarsten (3) appelle cette substance pseudo-mucine, car la métalbumine se rapproche beaucoup plus des mucines que des albuminoïdes : le contenu des kystes ovariens serait, pour cet auteur, un mélange en proportions variables de pseudo-mucine (métalbumine) et de matières albuminoïdes. Pour *Landwehr* (4) enfin, la métalbumine et la paralbumine seraient des mélanges de globuline, d'hydrocarbures et de quelques autres substances.

(1) Scherer. *Annalen d. Chemie und Pharmacie*. LVII.

(2) Eichwald. *Ueber die colloide Eutartung der Eierstöcke*. Würzburg, 1865.

(3) Haunnarsken. *Zeitschrift f. physiol. chemie*. B. d. VI p. 194.

(4) Landwehr. *Zeitschrift f. physiol. chemie*. B. d. VIII. p. 114.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Sur une coupe comprenant l'ensemble d'une grenouillette sublinguale choisie de très petit volume pour avoir sous les yeux sa topographie entière, on voit de chaque côté de la coupe la muqueuse buccale formée d'un derme revêtu d'une couche épithéliale pavimenteuse stratifiée, si du moins la coupe est transversale ; dans le cas où elle a été pratiquée verticalement la muqueuse buccale n'apparaîtra que sur un côté de la préparation.

Si l'on essaie alors de prendre des repères au milieu de cette dernière, on reconnaît tout d'abord des canaux excréteurs de volume variable : les gros ont une paroi assez épaisse, fibreuse sur laquelle repose un épithélium cylindrique disposé sur plusieurs rangées, les petits canaux ont une seule rangée de cellules cubiques.

A part ces canaux excréteurs on voit sur un fond de tissu conjonctif toujours assez développé et semé en

certain points le plus souvent de noyaux embryonnaires, des masses arrondies ou ovalaires les unes non reconnaissables, volumineuses, les autres ayant encore vaguement un aspect de lobules salivaires.

Les plus grosses de ces masses représentent des lobules entièrement transformés en matière colloïde, les autres sont des lobules glandulaires en voie de transformation.

Le début des altérations histologiques des grenouillettes est difficile à saisir, car on ne les opère qu'à la période ultime, kystique. Il semble bien cependant qu'il y ait une phase épithéliale précédant la métamorphose colloïde de la tumeur : cette première phase consisterait dans une disparition des cellules glandulaires proprement dites, des acini, ou leur transformation en cellules cylindriques : quoiqu'il en soit, on trouve des acini remplis de cellules cylindriques : les cellules les plus profondes paraissent cubiques ; c'est, probablement un effet de la compression exercée par la multiplication cellulaire.

Tandis que ces phénomènes se produisent du côté de certains lobules glandulaires, il se fait en même temps un épaississement notable du tissu conjonctif interlobulaire et un collapsus des acini de certains lobules, dont les cellules atrophiées sont en voie de disparition.

Ce dernier fait explique comment le liquide renfermé dans les grenouillettes n'a aucun rapport de composition avec la salive, et que l'on ne peut y déceler ni Ptyaline ni sulfocyanure de potassium.

On voit également des cordons épithéliaux de cellules cylindriques dans le tissu conjonctif du néoplasme.

Les productions épithéliales ne tardent pas à subir la dégénérescence colloïde ; en un ou plusieurs points, on voit les cellules épithéliales devenir transparentes, disparaître, remplacées par des globes de volume variable qui, sur la coupe, avant toute coloration, paraissent transparents ou ont un aspect jaune brunâtre. Assez rapidement la dégénérescence atteint de véritables proportions et on constate des cavités pseudo-kystiques remplies de substance colloïde et renfermant épars des noyaux et des cellules altérés ; les noyaux précédents sont libres ou entourés encore de substance colloïde ; ce sont donc bien des vestiges de cellules dégénérées.

Les cordons épithéliaux développés dans le tissu conjonctif du néoplasme subissent, de même que ceux qui se substituent aux acini et lobules glandulaires, la même dégénérescence, et, l'on voit au sein du tissu conjonctif des trainées ou îlots, renfermant une substance identique à celle contenue dans les cavités pseudo-kystiques précédemment décrites.

Ces dernières présentent-elles un revêtement épithélial ? Le fait est inconstant ; le plus souvent on ne voit appliqué sur la paroi qu'un épithélium discontinu, composé en certains endroits de cellules cylindriques ou cubiques, simples dans un point, sur plusieurs assises dans un autre.

Le fait que l'épithélium n'est pas continu doit être attribué à la dégénérescence qui détruit en certains

endroits les éléments cellulaires. Nul doute que tout au début de la métamorphose colloïde des cordons épithéliaux, il n'existe une couche continue de cellules soit simple, soit stratifiée suivant que la dégénérescence est plus ou moins avancée ; comme cette dernière ne procède pas excentriquement d'une façon régulière, il se trouve que le revêtement disparaît en certains points, alors que dans d'autres, il est encore composé de plusieurs assises de cellules.

Parfois les pseudo-cavités kystiques s'ouvrent les unes dans les autres ; le fait a été bien décrit par *Barzy* et de *Gastel* (1) et surtout par *Suzanne* (2) ; on constate alors sur les coupes la présence de dépressions en doigt de gant tapissées par une courbe de cellules cylindriques s'ouvrant dans le kyste ; ces dépressions ont un fond arrondi plus large que l'orifice, ce sont donc bien des lobules glandulaires transformés, se vidant dans une cavité plus ancienne et plus développée et dont ils contribuent encore à augmenter le volume. On peut saisir toutes les transitions de ce mécanisme, depuis le lobule dégénéré et juxtaposé au kyste jusqu'à la formation des dépressions précédentes visibles lorsque la paroi de séparation des deux cavités amincie et ayant subi la transformation colloïde disparaît.

(1) Barzy et de Gastel. Anat. path. de la Grenouill. subl. ou commune. *Soc. anat.* 16 fevr. 1883, p. 735.

(2) Suzanne. Rech. anat. sur le plancher buccal, avec ét. anat. et path. sur la Grenouillette commune. — *Arch. de physiol.* 1887. 3^e série, t. X p. 141 et 165, et *th. Bordeaux* 1887.

Le produit de dégénérescence des lobules épithéliaux et du stroma fibreux, quel que soit le degré d'altération ou d'ancienneté du néoplasme présente toujours une constitution identique ; nous avons étudié ses principaux caractères chimiques en traitant du liquide contenu dans le néoplasme, voyons maintenant quels sont les caractères micro-chimiques utilisables pour constater la nature colloïde de la dégénérescence cellulaire, sur les coupes histologiques.

Adamkewicz indique le procédé suivant : les coupes sont traitées sous la lamelle par l'acide acétique jusqu'à gonflement ; ensuite on enlève l'excès de réactif avec du papier à filtrer et on remplace l'acide acétique par de l'acide sulfurique à 1/15, la substance colloïde se colore très rapidement en violet.

Le picro-carmin donne aux masses colloïdes une coloration jaune intense, le carmin ammoniacal, ainsi que l'éosine et les diverses couleurs d'aniline les colorent très facilement : notons l'intensité variable de la coloration des divers points du tissu par l'éosine, ce qui est vraisemblablement dû à un âge variable de la dégénérescence.

L'acide osmique et les réactifs à base d'acide osmique communiquent aux points colloïdes une coloration brune d'intensité variable, n'arrivant jamais au noir, caractéristique comme on le sait de la présence de graisse.



COMPLICATIONS ANATOMIQUES

Nous devons tout d'abord citer les faits dans lesquels survient une suppuration des grenouillettes à la suite d'infections secondaires à point de départ buccal. Il n'est pas très fréquent d'observer des accidents aigus atteignant tout le néoplasme. Le plus souvent il s'agit d'inflammation subaigüe atteignant une ou plusieurs des cavités pseudo-kystiques, de préférence les plus volumineuses. Le liquide contenu est alors séropurulent ou simplement louche, rarement à l'aspect purulent franc.

Histologiquement on constate alors une infiltration embryonnaire plus ou moins accusée du stroma de la tumeur, soit diffuse le plus souvent, soit parfois formant de petits amas arrondis ou ovalaires de cellules rondes, situés en général au niveau des pourtours des cavités pseudo-kystiques : dans ce cas le contenu de ces dernières renferment un certain nombre de leucocytes polynucléaires.

Les transformations malignes proprement dites des grenouillettes, leurs métastases n'ont pas été observés jusqu'ici. Nous verrons en étudiant la pathogénie de l'affection que le fait, bien que théoriquement non impossible, n'a rien de surprenant.

Nous en arrivons à une véritable complication de la grenouillette sublinguale : nous voulons parler de la grenouillette sus-hyoïdienne. Pour justifier la description rapide de cette dernière en temps que complication de la précédente, nous sommes obligés de faire un peu l'historique pathogénique de la grenouillette sus-hyoïdienne.

Louis pensait que l'on pouvait expliquer la grenouillette sus-hyoïdienne par une lésion simultanée de la glande sublinguale et de la glande sous-maxillaire.

En 1879 parut un travail de *Cadiot* inspiré par *Gosselin* et qui renfermait des idées nouvelles qui devaient ruiner la théorie précédente : la grenouillette sublinguale en se développant vers la profondeur effondrait le muscle mylo-hyoïdien en écartant ses fibres et venait pointer à la région sus-hyoïdienne : cette notion était basée sur le fait de ce que la tumeur sublinguale précédait la tumeur sus-hyoïdienne, mais ne reposait sur aucune base anatomique sérieuse.

Pour M. *Tillaux*, la grenouillette sus-hyoïdienne se développe dans un prolongement de la bourse séreuse de *Fleischmann*.

Dans deux travaux remarquables, M. *Morestin* a

donné la démonstration précise du fait (1). Chez un grand nombre de sujets, cet auteur a constaté que les glandes sublinguales envoient normalement à travers le muscle mylo-hyoïdien des prolongements parfois volumineux en continuité avec le reste de la glande. Chez ces sujets, les glandes sublinguales offrent une véritable disposition « en sablier », une portion étant située au dessus, une autre au dessous du plan musculaire mylo-hyoïdien. Deux figures de M. *Morestin* montrent ce fait dans toute son évidence.

D'où une grenouillette enveloppée dans l'une des portions de ces glandes évoluera forcément dans les deux sens et sera d'emblée une grenouillette « en bis-sac » ; si la tumeur sublinguale apparaît la première, ce fait clinique est dû à ce que l'inférieure moins volumineuse est cachée par des parties molles relativement épaisses. On comprend aussi comment dans certains cas assez rares, le développement de la tumeur sublinguale étant contracté pour une cause ou pour une autre, la tuméfaction sus-hyoïdienne pourra se développer presque d'une façon primitive et autonome.

La grenouillette sus-hyoïdienne présente un volume très variable, de celui d'une noix à celui d'un œuf de dinde, sans aucun rapport avec le volume de la tumeur sublinguale ; sa forme est toujours plus ou moins régulièrement arrondie.

Le plus souvent les deux néoplasmes communiquent

(1) *Morestin*. *Gaz. des hôp.* 1897 ; et *Soc. anat.* 1897.

entre eux et s'il s'agit de poches kystiques on peut faire refluer le contenu de l'une dans l'autre.

Les parois sont très minces, blanchâtres, recouvertes du côté du plancher de la bouche par des fibres striés. La surface interne est unie ou multiloculaire : elle est formée au microscope par un tissu fibreux tapissé par un épithélium cubique ou [cylindrique, souvent stratifié (1) : dans ce dernier cas, les cellules les plus superficielles seraient déformées ou aplaties.

Dans l'épaisseur de la paroi on voit de petits diverticules, véritables petits kystes en miniature.

Le liquide est très visqueux, souvent teinté en jaune orangé ou en brun.

(1) Bazy, *Soc. anat.* Mai 1889.



DIAGNOSTIC ANATOMIQUE

Le diagnostic anatomique de la grenouillette sublinguale doit être fait d'avec certains kystes du plancher de la bouche ainsi qu'avec l'épithélioma de la même région.

Kystes mucoïdes. — C'est une affection rare. *Lannelongue* et *Achard* (1) n'en citent que trois faits.

Ces kystes sont formés d'une paroi conjonctive épaisse et résistante revêtue à sa face interne par une couche de cellules épithéliales cylindriques à plateau présentant, lorsque l'examen est fait avec soin, des cils vibratils ; cependant certains auteurs n'auraient pas constaté ces cils, dont il convient de rappeler la fragilité et la difficulté que l'on a à les déceler sur les coupes après durcissements. Pour pouvoir affirmer

(1) Lannelongue et Achard. *Tr. des kystes congénitaux*, Paris, 1886.

l'absence de cils il convient de faire des examens directs à l'état frais par râclage.

Le contenu du kyste est visqueux et filant, parfois citrin et de consistance huileuse, plus rarement rouge brun ou chocolat. Sa coloration et sa consistance n'ont rien de pathognomonique, ce contenu renferme des cellules altérées ou non et des cristaux de cholestérine.

Le point important est que le kyste adhère par un pédicule à l'os hyoïde ou s'enfonce dans l'épaisseur de la base de la langue.

Ces productions, congénitales, dépendent du tractus thyreo-glosse (1).

Kystes dermoïdes. — Ils sont assez fréquents au de la bouche. Ils ont été décrits par *Ozenne* (2), *Gérard-Marchant* (3), *Caye* (4), *Faure* (5) et *Rolland* (6), pour ne citer que les travaux les plus marquants sur la question.

Leur forme est arrondie : leur volume varie de celui d'un pois à celui d'un œuf de poule : le plus souvent leur situation est médiane. La paroi, épaisse et résistante conjonctive, est surmontée d'un épithélium pavi-

(1) Martin. *Th. Paris*, 1895.

(2) Ozenne. *Arch. g. de méd.* 1883.

(3) G. Marchant. *Soc. anat.* 1887.

(4) Caye. *Th. Paris*, 1892.

(5) Faure. *Th. Lyon*, 1893.

(6) Rolland. *Th. Montpellier* 1894.

menteux stratifié avec ses trois couches (basale prismatique, moyenne polyédrique, superficielle lamelleuse). Il existe parfois de très rares papilles, très rarement des glandes sébacées ou sudoripares, plus souvent quelques follicules pileux.

Le contenu épais et butyreux, blanc grisâtre, en général homogène, renferme rarement des poils, jamais de débris osseux ni de dents.

Ces kystes congénitaux se divisent pour *Gérard-Marchant*, en kystes ad-hyoïdiens, adhérents à l'os hyoïde et en kystes ad-géniens, adhérents aux apophyses géni du maxillaire inférieur : ces derniers adhèrent souvent aussi également à l'os hyoïde.

Cette classification a été depuis contestée à la Société de Chirurgie, car les adhérences squelettiques sont assez inconstantes.

Kystes hydatiques. — Étudiées par *Laugier* (1), *Gillette* (2), *Gosselin*, *Richet*, *Tillaux*, *Reclus*, ces productions sont rares, le plus souvent médianes, n'adhérant jamais au maxillaire ni à l'os hyoïde.

Ils se reconnaîtront facilement du reste à la présence d'une membrane blanchâtre ou jaunâtre amorphe et stratifiée. Le contenu parfois caséiforme est le plus souvent clair et limpide comme de l'eau de roche, ne renfermant pas d'albumine, mais beaucoup de chlo-

(1) *Laugier*. *Arch. g. de méd.* 1871.

(2). *Gillette*. *Clin. chirurg.* Paris, 1877, p. 112.

rure de sodium, souvent aussi des vésicules caractéristiques.

Kystes séreux. — Le plus souvent ces kystes sont multiloculaires et d'origine congénitale. Ils coïncident parfois (*Lannelongue et Achard*), avec une lymphangiectasie de la langue.

Leur contenu, comme le nom l'indique, est purement séreux, incolore ou citrin. La paroi peu épaisse est recouverte en général d'une couche de cellules cubiques basses.

Kystes salivaires. — L'histoire de ces kystes appartient presque exclusivement à celle de la lithiasie : cette dernière étant rare au niveau de la glande sublinguale, les kystes salivaires par rétention n'y sont pas fréquents.

Ils sont constitués par une ectasie des canaux excréteurs qui en un certain point renferment de petites concrétions composées de phosphate ou de carbonate de chaux, ayant l'aspect de fines aiguilles allongées.

Comme il n'existe pas de canal excréteur unique au niveau des glandes sublinguales, ces kystes d'origine lithiasique sont en général fort petits.

Le liquide renfermé dans le kyste décèle à l'examen chimique du mucus, un ferment saccharifiant (ptyaline) et du sulfocyanure de potassium.

Epithelioma. — Il forme en général une tumeur peu volumineuse, souvent ulcérée, à surface végétante et

mamelonnée. Il s'accompagne d'adénopathie sous-maxillaire et souvent carotidienne.

Au point de vue histologique, c'est un épithélioma pavimenteux tubulé ou lobulé, avec ou sans lobes épidermiques.



PATHOGÉNIE

Le néoplasme de physionomie si spéciale que l'on a coutume de désigner sous le nom de grenouillette sublinguale a bien pour siège la glande elle-même. Le fait est irréfutable et nous ne nous étendrons pas sur ce point.

Ceci étant exposé, quelle en est la pathogénie.

S'agit-il, comme l'avaient pensé quelques auteurs d'un spasme des canaux excréteurs? Mais alors la grenouillette ne devrait pas différer des kystes salivaires simples : or, nous avons assez insisté, ce nous semble sur les caractères très spéciaux du liquide renfermé dans la tumeur, caractères qui diffèrent totalement de ceux que l'on attribue au mucus ou à la salive. De plus un spasme pur et simple des canaux suppose pour se localiser à la glande sublinguale des influences bien spéciales et qu'il paraît très difficile d'élucider.

S'agit-il d'une altération primitive de la salive? Ici

nous trouvons de nombreuses objections : sous quelle influence naît cette altération ? Comment expliquer avec cette théorie l'existence de cordons épithéliaux de nouvelle formation, l'atrophie de certains lobules glandulaires, enfin la sclérose ? Ceci nous semble suffisant pour que l'on ne puisse, après simple réflexion, se rallier à cette théorie pathogénique.

L'origine infectieuse de la grenouillette ne se base sur rien de bien précis : le néoplasme n'a aucun des caractères que l'on puisse attribuer à l'infection : son allure torpide, l'aspect de ses lésions suffisent à éliminer la théorie infectieuse.

La pathologie comparée des différents viscères éclaire au contraire merveilleusement la pathogénie de la grenouillette.

On connaît les remarquables travaux de *Malassez* et de *Sinét*y concernant les kystes vulgaires de l'ovaire : ces auteurs ont bien montré que malgré la localisation et l'allure torpide de ces productions, malgré l'absence de généralisation (1) de celle-ci et les résultats définitifs donnés par leur ablation, ces tumeurs sont bien, au sens anatomo-pathologique du mot, des néoplasmes, des épithéliomas kystiques (cysto-épithéliomas) d'un genre un peu spécial mais n'en demeurant pas moins des productions primitives dont l'innocuité générale semble due au mode de dégénérescence qui les frappe.

(1) Pas absolue cependant. On en connaît quelques observations dues à Maygrier (*Soc. anat.* 1879), à Coyne (*Gaz. méd.* 1874) pour ne citer que les plus célèbres.

« La plupart des kystes de l'ovaire, — dit M. Quenu (1), — dérivent des néoplasmes ; ces kystes qu'on croyait une lésion purement locale sont de la même famille de certains cancers de l'estomac, du rectum. »

Plus récemment le même fait a été constaté en ce qui concerne certaines dégénérescences kystiques primitives du pancréas (2) : ces kystes sont des épithéliomas kystiques, le plus souvent bénins, à la façon « des cysto-épithéliomas de l'ovaire et des grenouillettes salivaires auxquelles *Virchow* dans sa *Pathologie des tumeurs* les avait comparés (grenouillette pancréatique » (3).

Si nous voulons pousser plus loin encore l'analogie nous citerons les cysto-épithéliomas kystiques de la mamelle, du testicule, etc.

Suzanne conclut du reste en ce qui concerne la grenouillette sublinguale, que cette dernière représente un processus analogue à celui de la formation des kystes ovariens.

Si maintenant nous cherchons dans les tumeurs épithéliomateuses vulgaires des exemples que nous puissions rapprocher des cysto-épithéliomas avec dégénérescence colloïde, nous trouvons de suite le cy-

(1) Quenu. Anat. path. des kystes non dermoïdes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1881, p. 30.

(2) V. Adoue. *Th. Bordeaux*, 1898 et Tulasne. *Th. Paris*, 1898.

(3) Klippel et Lefas. Mal. du pancréas. *Arch. g. de méd.* 7 juillet 1899, p. 112.

lindrome qui se caractérise par la dégénérescence mucoïde ou hyaline des épithéliomas et qui s'observe parfois dans les glandes salivaires elles-mêmes, notamment la parotide. Ces tumeurs qui ne sont autres que des épithéliomas alvéolaires ayant subi une dégénérescence spéciale ont en généra la même allure torpide et la même bénignité de pronostic que la grenouillette.

Nous concluons donc ce chapitre pathogénique en disant que la grenouillette sublinguale représente un véritable néoplasme, le cysto- pitholiamas avec dégénérescence collo ide de la glande sublinguale, production primitive, rentrant dans le cadre des épithéliomas cylindriques bénins.



ÉTIOLOGIE

Plutôt exceptionnelle dans l'enfance et l'adolescence elle apparaît le plus souvent chez l'adulte, de 25 à 35 ans environ, souvent plus tard.

On a dit que l'affection était plus fréquente chez la femme que chez l'homme : sans que l'on puisse bien expliquer le fait, il est certain que les auteurs sont presque unanimes pour l'admettre sans y attacher du reste aucune hypothèse pathogénique.

Certains auteurs ont incriminé quelques professions : elles celles d'avocat, de chanteur. On ne voit pas bien comment les mouvements répétés de la langue pourraient avoir une influence irritante sur la glande sublinguale et nul doute que ce soit en se basant sur des idées pathogéniques théoriques, démontrées erronées depuis (inflammation de la bourse séreuse sublinguale, etc...), que les auteurs aient cru remarquer une fréquence plus grande de la grenouillette sublinguale en rapport avec certaines professions.

Les causes locales que l'on a incriminées auraient à notre avis plus d'importance, sans que pour cela il soit possible de délimiter leur sphère d'influence. C'est ainsi que l'on a relevé chez les sujets porteurs de grenouillettes l'existence antérieure de stomatites générales ou partielles (ulcéro-membraneuse, erythémateuse, aptheuse).

Ces causes locales, à laquelle on pourrait ajouter la lithiase salivaire, n'agissent qu'en déterminant des phénomènes irritatifs de voisinage atteignant la glande; et leur influence se manifeste de même que pour les divers néoplasmes, c'est-à-dire en tant que simples causes prédisposantes et localisantes.



SYMPTOMES

Pour la commodité de la description clinique, nous considérerons successivement dans ce chapitre deux périodes :

1^o Une période de début ou de latence, pendant laquelle la tumeur sublinguale petite, ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel notable.

2^o Une période d'état pendant laquelle la tumeur assez volumineuse s'accompagne de gêne de la mastication, de la déglutition et de la phonation :

1^o Période de Début ou de Latence.

La grenouillette sublinguale se développe d'une manière lente, insidieuse, et c'est tout à fait par hasard que les malades s'aperçoivent qu'ils ont une petite tumeur au niveau de la région sublinguale.

Cependant dans certains cas, comme nous le verrons

tout à l'heure dans l'une de nos observations personnelles ; les patients éprouvent la sensation d'un corps étranger mobile qui glisserait sous la face inférieure de la langue. Mais pour que cette sensation de corps étranger existe, il faut que la grenouillette sus-hyoïdienne ait au moins le volume d'un petit pois, et occupe de préférence le voisinage du frein de la langue.

Quoiqu'il en soit, si l'on examine à ce moment la petite tumeur, voici ce que l'on constate.

La bouche du patient étant largement ouverte et la langue relevée, appliquée contre la voûte palatine, on aperçoit au niveau de l'une des régions sublinguales, une petite saillie de forme variable suivant les cas : tantôt lisse, arrondie et de forme ovalaire ; elle est dans d'autres cas très irrégulière, rugueuse et souvent alors plus ou moins triangulaire, à sommet antérieur et à base postérieure. Quoi qu'il en soit, elle est presque toujours allongée dans le sens antéro-postérieur, et son grand axe se dirige obliquement d'arrière en avant et un peu de dehors en dedans.

La coloration est assez variable. Quelquefois elle est grisâtre ; d'autres fois elle est rosée ; d'autres fois encore elle est bleuâtre ou violacée, et il n'est alors pas rare d'apercevoir à la surface de la petite tumeur une ou plusieurs veines assez volumineuses qui la sillonnent d'arrière en avant.

Il nous reste maintenant à préciser la situation et les rapports de la grenouillette sublinguale à la période qui nous occupe.

A ce moment, presque toujours la tumeur est fran-

chement unilatérale. Elle se développe de préférence vers la partie postérieure de la glande sublinguale, au voisinage du point où la muqueuse du plancher buccal se réfléchit pour se continuer avec la muqueuse de la face inférieure de la langue. Ce n'est qu'au fur et à mesure qu'elle augmentera de volume, que la saillie en question se rapprochera en avant de la face postérieure du maxillaire inférieur. En dedans, elle est habituellement distante par un intervalle de un demi-centimètre à un centimètre du frein de la langue ; mais cet intervalle diminue au fur et à mesure que la grenouillette se développe.

Ajoutons cependant que dans quelques cas exceptionnels, la tumeur peut apparaître d'abord en avant du voisinage de la face postérieure du maxillaire inférieur et se développer d'avant en arrière.

Plus rarement encore, on a vu la grenouillette sublinguale apparaître d'emblée sur la ligne médiane, juste au niveau du frein de la langue qui tantôt est alors simplement soulevée par elle, tantôt la bride et semble alors la diviser en deux. Ajoutons enfin que quelques auteurs ont rapporté des observations de grenouillettes sublinguales doubles s'étant développées quelquefois à peu près parallèlement de chaque côté de la ligne médiane, quelquefois au contraire d'une façon irrégulière ; l'une des tumeurs apparaissant par exemple lorsque l'autre avait déjà acquis un certain volume. Ces observations de grenouillettes sublinguales doubles sont d'ailleurs excessivement rares.

Le palper nous fournit généralement les renseignements suivants : La tumeur est molle, nettement fluctuante. La muqueuse buccale est mobile à son niveau ; et la tumeur elle-même est légèrement mobile sur les parties profondes, mais cette mobilité ne tarde pas à disparaître quand la tumeur a acquis un certain volume.

Quoi qu'il en soit, comme nous l'avons déjà dit, à cette période de début, si l'on excepte la sensation de corps étranger dont nous avons parlé tout à l'heure, les signes fonctionnels manquent absolument. Aussi lorsqu'à ce moment, le clinicien fait le diagnostic de grenouillette, est-ce tout à fait par hasard, et chez des malades qui étaient venus le consulter pour une tout autre affection.

Ajoutons qu'il est impossible d'attribuer, même approximativement, une durée à cette période. Chez quelques sujets, en effet, elle est de courte durée ; de deux ou trois semaines par exemple : chez d'autres, au contraire, elle se prolonge pendant sept ou huit mois et plus. Enfin le développement de la tumeur n'est soumis à aucune règle constante ; car, si dans quelques cas il paraît se faire d'une manière régulière et progressive ; dans d'autres cas, au contraire, il se fait pour ainsi dire par à-coups successifs.

2^e Période d'Etat.

Pour que la tumeur devienne enfin gênante, et ap-

porte quelque perturbation dans les fonctions de la mastication, de la déglutition, et de la phonation, il faut en général qu'elle atteigne à peu près le volume d'une noix. Toutefois, il faut tenir grand compte à ce sujet de la susceptibilité des individus. Les patients nerveux en particulier, sont quelquefois très incommodés par des grenouillettes relativement petites, du volume d'une noisette par exemple. D'autres fois, et c'est encore plus fréquent, on voit des patients indifférents, ne se plaignant nullement d'une grenouillette sublinguale du volume d'une grosse noix, et s'opposant formellement à l'opération, sous prétexte que leur tumeur ne les gêne nullement. A cette période, l'examen physique fournit les renseignements suivants.

A l'inspection, la bouche étant ouverte, la tumeur a la même coloration qu'à la période précédente, c'est-à-dire, suivant les cas, une coloration grise, rosée ou bleuâtre. La forme est également très variable ; tantôt irrégulière, tantôt au contraire régulière, arrondie et le plus souvent ovalaire à grosse extrémité postérieure.

Le grand axe de la tumeur est toujours ou presque toujours plus ou moins dirigé d'arrière en avant ; mais le diamètre transversal s'est considérablement développé, et il est de règle à cette seconde période, de voir la tumeur franchir le raphé médian qui tantôt ne la modifie nullement, tantôt au contraire la bride et la partage plus ou moins nettement en deux lobes inégaux.

En somme, la grenouillette sublinguale, dont les dimensions à cette période oscillent habituellement entre celles d'une noix et d'un œuf de poule, occupe à ce moment la plus grande partie de l'une des moitiés du plancher de la bouche. Dans le sens antéro-postérieur, elle s'étend de la face postérieure du maxillaire inférieur au point où la muqueuse buccale se réfléchit sur la face inférieure de la langue. En dehors, elle reste généralement distante de un centimètre ou même davantage des arcades dentaires ; tandis qu'en dedans elle dépasse souvent la ligne médiane.

Quant à la palpation elle nous fournit à cette période les mêmes sensations de mollesse et de fluctuation qu'à la période précédente ; mais beaucoup plus nettement. La muqueuse reste toujours mobile sur la tumeur ; mais celle-ci, intimement unie aux plans sous-jacents, est le plus souvent complètement immobile.

Malgré son volume relativement considérable à la période d'état, la grenouillette continue à rester complètement indolente ; et on peut la palper plus ou moins fort, sans risquer de déterminer la moindre douleur. Mais en dépit de cette indolence, la tumeur qui nous occupe est alors gênante.

La mastication tout d'abord est profondément troublée ; elle s'exécute péniblement, et la langue projetée au delà des arcades dentaires, est souvent mordue. De plus les aliments triturés tendent à tomber dans le profond et étroit sillon qui sépare la tumeur des arcades dentaires inférieures, et alors sont difficilement extraits de ce sillon.

La langue soulevée au dessus du plancher de la bouche par la tumeur, n'a plus la liberté de ses mouvements dont elle a tant besoin, dans la déglutition et dans la phonation, et l'on comprend sans peine que ces deux fonctions soient très gênées.

Ajoutons enfin, que lorsque la grenouillette a au moins le volume d'un petit œuf, les arcades dentaires s'écartent plus ou moins l'une de l'autre et la salive sécrétée en plus grande abondance, tend à s'écouler au dehors.

— Que va devenir la grenouillette sublinguale abandonnée à elle-même, dans les cas rares, où l'on n'intervient pas? Le plus souvent, dit M. Morestin (1) elle se rompt au bout d'un certain temps dans la bouche, et semble se guérir ainsi spontanément; mais il n'en est rien et bientôt la tumeur se reproduit aussi volumineuse qu'auparavant. Elle peut alors se rompre de nouveau pour réapparaître encore plus tard, mais il n'est pas rare aussi de la voir devenir le point de départ d'une grenouillette sus-hyoïdienne comme nous le verrons tout-à-l'heure à propos des complications.

(1) Morestin. *Traité de chirurgie*. Le Dentu-Delbet. Article « Grenouillete ».



FORMES DE LA GRENOUILLETTE

SUBLINGUALE



Nous avons étudié dans le chapitre précédent la variété la plus habituelle de la grenouillette sublinguale; celle qu'on rencontre presque toujours. Mais, en dehors de cette forme commune classique; il existe d'autres formes plus rares que nous ne pouvons passer sous silence. Les principales sont les suivantes :

La grenouillette développée aux dépens de la glande de Nuhn Blandin.

La grenouillette consécutive à l'ectasie du canal de Wharton.

La grenouillette congénitale.

Grenouillette développée aux dépens de la glande de Nuhn Blandin. — Cette grenouillette, quelquefois bilatérale, se développe aux dépens du groupe glandulaire situé de chaque côté du frein, et qu'on aperçoit

très facilement lorsqu'on fait ouvrir la bouche et relever la langue. La petite tumeur se développe généralement plus lentement que la grenouillette commune, dont elle présente la même coloration variable. Elle a presque toujours une forme arrondie et reste constamment accolée aux freins de la langue. Habituellement plus dure que celle que nous avons décrite tout à l'heure elle présente cependant une fluctuation très manifeste. Ajoutons enfin que la muqueuse est mobile sur la tumeur comme dans la grenouillette commune, mais à l'inverse de ce qu'on observe dans cette dernière, la tumeur reste mobile sur les parties profondes dans la grande majorité des cas. Il est rare que la forme qui nous occupe présente un volume considérable ; car elle se rompt généralement dès qu'elle a atteint les dimensions d'une noisette, pour se reproduire plus tard.

Grenouillette par ectasie du canal de Wharton.— Bien qu'il ne s'agisse pas à proprement parler ici de grenouillette sublinguale, la plupart des auteurs décrivent cette variété comme une forme de grenouillette sublinguale, parce qu'elle occupe la même région que celle-ci.

Tout à fait exceptionnelle chez l'adulte, niée même par certains auteurs, la grenouillette par ectasie du canal de Wharton s'observerait particulièrement chez les tout jeunes enfants et serait due à l'oblitération de l'extrémité bucale du conduit glandulaire. Voici la description clinique qu'en donne MM. Lannelongue et Achard dans leur *Traité des kystes congénitaux* (1).

(1) Paris, 1886.

« La tumeur allongée transversalement se termine en dedans par une extrémité libre ovoïde, formant une sorte de papille au sommet de laquelle on voit parfois un point grisâtre qui correspond à l'orifice oblitéré du conduit glandulaire.

Grenouillette congénitale. — Celle-ci n'est en somme qu'un petit kyste développé aux dépens d'un des organes salivaires du plancher de la bouche; glandes sublinguales ou canal de Wharton.

D'après la majorité des auteurs, cette affection serait extrêmement rare; au contraire, d'après le professeur Lannelongue, elle serait relativement fréquente, mais; passerait presque toujours inaperçue. Ce n'est, en effet, que dans les cas où elle serait très volumineuse, et gênerait l'enfant pour téter, qu'elle serait aperçue.

Quoiqu'il en soit, c'est « une tumeur à parois très minces ressemblant à une vessie transparente, dont le volume varie de celui d'une plume à celui d'un œuf de pigeon » (1).

Habituellement il n'y a eu qu'une, et celle-ci siège dans la région occupée par le canal de Wharton, aux dépens duquel presque toujours elle s'est constituée. Elle présente alors les caractères de la forme précédente et comme cette dernière est fluctuante indolente, irréductible et le plus souvent mobile.

(1) Lannelongue et Achard, *loc. cit.*

COMPLICATIONS

Les complications de la grenouillette sublinguale sont très rares ; aussi nous contenterons-nous de les passer rapidement en revue sans insister. La plupart de ces complications sont les suivantes :

Des troubles respiratoires résultant de l'énorme volume de la tumeur.

La déformation des parties osseuses avoisinantes, lorsque la grenouillette sublinguale est également considérable.

Un épanchement de sang à l'intérieur du kyste salivaire.

L'infection de ce kyste.

La transformation de la grenouillette sublinguale en grenouillette sus-hyoïdienne.

Troubles respiratoires. — Il est extrêmement rare que la tumeur atteigne des dimensions suffisantes pour combler en quelque sorte la cavité buccale, et donner

lieu alors à des troubles respiratoires plus ou moins graves. Ceux-ci ne semblent avoir jamais déterminé la mort; mais plusieurs fois cependant, dans quelques rares observations, il y a eu menacé d'asphyxie.

Ajoutons que lorsque ces complications respiratoires surviennent, les troubles de la mastication, de la déglutition et de la phonation dont nous avons parlé à propos des symptômes, sont également très accusés, et doivent être alors considérés comme complications.

La gêne de la déglutition en particulier peut être quelquefois telle, qu'elle empêche le malade de s'alimenter, et l'expose à mourir d'inanition.

Déformation de la cavité buccale. — Nous ne signalerons que pour mémoire cette complication signalée quelquefois par les anciens auteurs, mais qui n'existe plus pour ainsi dire aujourd'hui; les malades consentant maintenant à se faire opérer, lorsque leur tumeur les gêne. Quoiqu'il en soit, les déformations de la cavité buccale consistaient surtout en ce fait, que la voûte palatine était plus ou moins surelevée, tandis que les arcades dentaires étaient plus ou moins irrégulièrement réjetées en avant et en dehors, du côté correspondant à la tumeur.

Épanchement de sang à l'intérieur du kyste salivaire. — Cet épanchement de sang d'après certains anciens auteurs, serait quelquefois spontané, aujourd'hui l'épanchement sanguin spontané n'est plus admis, et, en effet, celui-ci ne s'observe jamais que dans les

cas où il y a eu une intervention quelconque du côté de la tumeur, en particulier une ponction.

Infection du contenu kystique. — Cette complication, également rare, n'est guère possible, elle aussi, que dans les cas d'intervention sur la tumeur. Elle a été signalée exceptionnellement à la suite de la simple ponction avec la seringue de Pravaz; mais elle a été observée moins rarement dans le cas d'ouverture de la poche au bistouri ou aux ciseaux suivie de drainage.

Transformation de la grenouillette sublinguale en grenouillette sushyoïdienne. — Comme M. Morestin l'a démontré dans un excellent travail (1), les glandes sublinguales envoient à travers les interstices de la sangle mylo-hyoïdienne des prolongements plus ou moins nombreux et plus ou moins volumineux dans la région sus-hyoïdienne. Grâce à ces prolongements, il est aisé de comprendre qu'une grenouillette primitivement sublinguale puisse envoyer un ou plusieurs diverticules dans ses prolongements, et devenir finalement à la fois sus-hyoïdienne et sublinguale.

Toutefois, il est extrêmement rare que cette transformation s'exécute spontanément; presque toujours il y a eu du côté de la cavité buccale une ou plusieurs interventions qui ont laissé derrière elles un tissu cicatriciel plus ou moins résistant. Ce tissu cicatriciel

(1) Morestin. *Soc. anat.* 1897.

bride alors en haut le kyste salivaire qui, ne pouvant se développer supérieurement, pénètre alors dans la région sus-hyoïdienne et qu'il distend.

Nous ne ferons pas ici une description détaillée de la grenouillette sus-hyoïdienne, car cette description nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous nous contenterons simplement de rapporter les quelques lignes suivantes qui résument parfaitement les caractères de la tumeur qui nous occupe : « La grenouillette sus-hyoïdienne se présente sous forme d'une tumeur ou plutôt d'une voussure siégeant au dessous de l'axe maxillaire. Le développement en est lent, graduel, absolument indolent. A son niveau, les téguments présentent leur coloration normale. La palpation fait voir qu'ils sont simplement soulevés et qu'ils n'adhèrent pas à la tumeur. Celle-ci est parfaitement fluctuante; elle est parfois réductible ou du moins elle cède et s'étale sous le le doigt donnant la sensation de la réduction. Elle est d'une mollesse remarquable; il semble que le liquide soit contenu dans une poche mince et complètement remplie » (1).

(1) Morestin. Art. « Grenouillette ». *Tr. de chir.* Le Dentu et Delbet.



DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de la grenouillette sublinguale est presque toujours extrêmement facile, grâce aux caractères principaux suivants : Coloration grisâtre ou bleuâtre ; consistance habituellement molle, indolente, fluctuation toujours très nette, et siège au niveau de la glande sublinguale ou de la glande de Nühn Blandin. En cas de doute, d'ailleurs, il ne faudrait pas hésiter à faire la ponction exploratrice qui permettrait alors d'affirmer le diagnostic grâce aux propriétés spéciales du liquide des grenouillettes.

Quant au diagnostic différentiel, il doit être fait avec les *tumeurs solides*, *demi-solides* et *liquides* du plancher de la bouche.

La consistance dure des tumeurs solides ne suffit pas toujours à les différencier d'avec l'affection qui nous occupe, car nous savons que les tumeurs solides présentent assez souvent un certain degré de mollesse.

Il faut donc chercher d'autres caractères différentiels. Pour cela, nous aller passer très rapidement en revue les principales tumeurs solides qu'on peut rencontrer au niveau du plancher de la bouche.

Le cancer de cette région se diagnostique toujours aisément grâce à ses caractères habituels : ulcération rapide, bords indurés, engorgement ganglionnaire sous-maxillaire, écoulement d'un ichor fétide, et enfin retentissement rapide sur l'état général.

Le sarcome de la glande sublinguale, extrêmement rare, se reconnaîtra aussi facilement grâce à sa consistance inégale, à son évolution rapide et à l'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire.

Le fibrome du plancher de la bouche est tout à fait exceptionnel; en tous cas, sa consistance dure, sa grande mobilité et l'absence d'engorgement ganglionnaire imposent presque le diagnostic.

Quant aux tumeurs du maxillaire supérieur, elles adhèrent toujours intimement à cet os et ne peuvent par conséquent jamais être confondues avec une grenouillette.

Les tumeurs demi-solides sont représentées par les lipomes assez fréquents au niveau du plancher de la bouche. Au premier abord, on est tenté de les confondre avec la grenouillette sublinguale; mais un examen attentif permet d'éviter sûrement l'erreur. En effet, ils sont toujours assez réguliers et présentent une coloration non pas bleuâtre, mais jaunâtre, à cause de la graisse qui apparaît par transparence sous la muqueuse. De plus, le palper permet de cons-

tater les trois grands caractères habituels des lipomes : la *mollesse*, la *lobulation* et la *pseudo-fluctuation*. Enfin, dans la plupart des cas, le lipome se développe avec une lenteur extrême et cesse d'augmenter de volume dès qu'il a acquis certaines dimensions.

Parmi les tumeurs liquides, nous éliminerons tout d'abord les abcès chauds trop facilement reconnaissables à leurs signes habituels : rougeur, douleur, chaleur et tuméfaction.

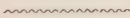
Les abcès froids consécutifs à une ostéite du maxillaire fusent presque toujours dans la région sus-hyoïdienne, à la rigueur cependant ils peuvent fuser sous la muqueuse buccale et simuler une grenouillette sublinguale. Mais alors la muqueuse s'enflamme très vite; elle présente une coloration rouge violacée et ne tarde pas à s'ulcérer en donnant issue à un flot de pus. De plus, un palper attentif permet toujours de constater l'existence d'un point douloureux très net sur le maxillaire. Enfin, en cas de doute, la ponction exploratrice tranchera d'une façon absolue le diagnostic.

Les kystes hydatiques du plancher de la bouche ne se développent guère du côté de la cavité buccale et font surtout saillie au niveau de la région sus-hyoïdienne. Ils sont très durs, réguliers, peu fluctuants, très limités et ressemblent bien moins à une grenouillette sublinguale qu'à un kyste dermoïde du plancher de la bouche. D'ailleurs, ici encore, la ponction exploratrice permettra d'éviter toute erreur en retirant du kyste un liquide clair comme de l'eau de roche

et dans lequel on pourra trouver au microscope les crochets caractéristiques.

Enfin, le diagnostic différentiel de la grenouillette sublinguale avec les kystes dermoïdes du plancher de la bouche est, suivant les cas, très facile ou très difficile. Presque toujours, le kyste dermoïde est médian, et alors il ne peut être confondu avec la grenouillette, toujours latéral ; mais quelquefois il est latéral et alors le diagnostic devient extrêmement difficile. « Il faudra alors se rappeler qu'habituellement le kyste dermoïde a une consistance beaucoup plus ferme que la grenouillette, qu'il est moins nettement fluctuant, qu'il conserve surtout l'empreinte du doigt, qu'il adhère au maxillaire inférieur et qu'au niveau de la région sublinguale la saillie qu'il forme est non pas bleuâtre, mais jaunâtre ou gris jaunâtre (1) ».

(1) Maincent. *Th. Paris*, 1899, p. 42.



PRONOSTIC

Comme le dit M. Morestin, la grenouillette sublinguale est une maladie sans gravité, mais néanmoins « une source d'ennuis considérables, à cause de la tendance aux récidives, de la longueur et des difficultés du traitement » (1).

Abandonnée à elle-même, ou bien elle continue à augmenter de volume, ou bien elle se rompt dans la cavité buccale, mais elle se reproduit alors aussitôt.

Comme nous l'avons déjà dit, les complications de la grenouillette sublinguale sont heureusement très rares; à part la transformation en grenouillette sus-hyoïdienne qui est signalée assez fréquemment. Cette transformation n'est pas grave, mais elle est fort ennuyeuse, car elle impose au chirurgien une opération bien plus complexe et bien plus délicate que la simple grenouillette sublinguale.

(1) Morestin. *Loc. cit.*

OBSERVATION I (1) (Inédite).

Grenouillette sublinguale gauche. Excision partielle de la poche kystique et cautérisation des débris au chlorure de zinc. Guérison.

La nommée Louise G..., âgée de 28 ans, entre à l'hospice d'Ivry, dans le service du docteur Michaux, en juin 1896, pour une tumeur du plancher de la bouche.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier à signaler ici.

L'affection actuelle paraît avoir débuté il y a cinq mois. A cette époque la malade a, dit-elle, senti rouler sous sa langue, une petite boule dure, indolente, qui lui donnait la sensation d'un corps étranger. Cette boule a paraît-il augmenté d'abord très lentement de volume, aussi la patiente ne s'en est-elle primitivement tourmentée en aucune façon ; mais depuis deux mois la tumeur a pris assez rapidement des proportions considérables, au point de gêner quelque peu la mastication, la déglutition et la phonation. C'est pourquoi, sur le conseil de son médecin, Louise G... se décide à entrer enfin dans un service de chirurgie pour se faire opérer.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital :

(1) Cette observation est due à l'obligeance de M. le docteur Bacquelin alors externe du docteur Michaux, à Ivry.

Inspection : La bouche étant ouverte et la langue relevée, on constate au dessous de celle-ci et du côté gauche, une saillie bleuâtre du volume d'une noix. Cette saillie a la forme d'un ovoïde, dont le grand axe se dirigerait obliquement d'arrière en avant et dont la grosse extrémité serait postérieure. L'extrémité antérieure assez effilée est distante d'environ un centimètre de la face postérieure du maxillaire inférieur.

Palper : La tumeur indolente et immobile est molle et présente une fluctuation manifeste.

Nous avons déjà dit plus haut que la mastication, la déglutition et la phonation étaient quelque peu gênées. Ajoutons que la malade se plaignait de plus de se mordre souvent la langue en mangeant et de baver la nuit.

Devant les symptômes précédents, le diagnostic de grenouillette sublinguale s'imposait, et on décida l'opération pour le lendemain même de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Une antisepsie relative de la bouche est pratiquée, grâce à des lavage à l'eau boriquée répétés toutes les heures.

Opération. — La patiente étant anesthésiée, les arcades dentaires sont écartées et maintenues écartées au moyen d'un ouvre-bouche. En même temps, la langue saisie par une pince érigne et fortement attirée en haut par un aide.

M. le docteur Michaux excise alors rapidement aux ciseaux courbes la paroi supérieure de la poche kystique. Pendant ce temps, il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide épais, visqueux et transparent. L'excision étant faite, il reste à la place de la tumeur une cavité anfractueuse qui est soigneusement touchée avec une solution forte de chlorure de zinc et tamponnée avec de la gaze stérilisée.

Après comme avant l'opération, on prescrit les lavages de la

bouche à l'eau boriquée toutes les heures. Tous les jours le tampon buccal est enlevé et remplacé par un autre.

La malade sort le quatrième jour de l'hôpital, après avoir été cautérisée au nitrate d'argent au niveau de la plaie buccale. La cavité anfractueuse est déjà très resserrée.

Tous les quatre jours la patiente revient dans le service pour se faire cautériser. Au bout de cinq semaines de ce traitement, la guérison est complète.

OBSERVATION II (personnelle).

Grenouillette sublinguale gauche. Ponction, injection de chlorure de zinc et drainage consécutif. Guérison.

Paul R..., âgé de 34 ans, garçon de bureau, entre le 3 décembre 1898 dans le service de M. le Professeur Le Dentu, à l'hôpital Necker, pour une tumeur de la bouche qui ne le gêne d'ailleurs nullement.

Antécédents héréditaires : Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels : Syphilis à 20 ans.

Début : Le malade s'est aperçu, il y a 7 mois, qu'il avait au dessous de la langue et à gauche, une petite tumeur indolente de la grosseur d'un petit pois. Cette tumeur a, paraît-il, augmenté régulièrement de volume sans jamais le faire souffrir et sans gêner la mastication, la déglutition et la phonation. La seule raison qui pousse notre patient à se faire opérer, c'est la crainte qu'il a de voir dégénérer sa tumeur en cancer.

Inspection : Examen à l'entrée à l'hôpital : Si l'on commande au malade d'ouvrir la bouche et de relever la langue, on aperçoit

au dessous de celle-ci et du côté gauche une tumeur de coloration bleuâtre. Celle-ci, très irrégulière, est cependant dans son ensemble fusiforme, et son grand axe se dirige obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. Ses extrémités antérieure et postérieure sont effilées, et l'extrémité antérieure vient s'appliquer à la face postérieure du maxillaire inférieur. Ses dimensions sont d'environ 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur, un centimètre et demi dans le sens transversal, et un centimètre dans le sens vertical.

Palper : La tumeur indolente est assez mobile. Elle a une consistance assez ferme, mais est cependant nettement fluctuante.

En résumé, le diagnostic de grenouillette sublinguale s'impose.

Le malade exprimant le désir d'être débarrassé le plus tôt possible, on décide l'opération pour le surlendemain.

Opération : Le malade n'est pas anesthésié.

Suivant les conseils du Professeur Le Dentu, l'interne du service ponctionne avec la seringue de Pravaz la tumeur à sa partie moyenne. Celle-ci est vidée à peu près à moitié, et le liquide retiré, épais, transparent, peut être évalué à environ 8 cent. cubes, puisque la seringue a été remplie 8 fois.

On injecte alors 1 cent. cube d'une solution de chlorydrate de cocaïne à 1/100 pour anesthésier les parois de la poche. Trois minutes après, on instille, au moyen de la seringue de Pravaz, trois gouttes de chlorure de zinc déliquescent.

Grâce à la cocaïne, les souffrances immédiates furent évitées ; mais peu après la réaction inflammatoire déterminée par le chlorure de zinc, donna lieu à des douleurs d'une intensité crois-

sante. Au bout d'une heure, celles-ci étaient telles qu'on dut faire une piqûre de morphine.

Cette piqûre calma l'opéré qui s'assoupit jusqu'au soir. A six heures, il se plaignit de nouveau et on dut refaire une seconde piqûre.

Le lendemain de l'opération, le malade souffre encore, mais ses douleurs sont supportables. La tumeur est revenue plus volumineuse qu'avant, et la muqueuse buccale à son niveau paraît très enflammée.

2^e jour : Douleurs légères. La tumeur n'a pas diminué sensiblement.

3^e et 4^e jours : Même état.

5^e jour : Suivant le conseil du Professeur Le Dentu, on fait au bistouri une légère ponction à la partie antérieure de la tumeur, et l'on introduit par l'orifice ainsi créé, un petit drain en caoutchouc repéré avec une soie moyenne. Le malade continue comme les jours précédents à se laver la bouche toutes les heures avec l'eau boriquée. Il sort de l'hôpital.

Les jours suivants, amélioration rapide. Le drain, nettoyé tous les jours, est enlevé définitivement le 14^e jour.

Le 25^e jour, la guérison semblait complète.

OBSERVATION III (Personnelle).

Grenouillette probablement développée au niveau de la glande de Nühn Blandin. Ponction et injection de chlorure de zinc. Récidive.

Le nommé Pierre G..., âgé de 34 ans, entre à l'hôpital Necker

au commencement de janvier 1900, dans le service du professeur Le Dentu, pour une petite tumeur du plancher de la bouche.

Rien de particulier à signaler au point de vue des antécédents héréditaires et personnels.

La tumeur a débuté, paraît-il, il y a neut à dix mois, ou plutôt, ce n'est qu'à cette époque que le malade s'est aperçu qu'il avait une petite tumeur au dessous de la langue, sur le côté gauche du frein. Cette tumeur aurait conservé longtemps, au dire du malade, la grosseur d'un tout petit pois; mais depuis trois mois environ, son volume a augmenté assez rapidement et d'une façon progressive jusqu'à aujourd'hui. C'est pourquoi, malgré l'absence de douleur, G... se décide enfin à venir à la consultation de l'hôpital Necker où il est aussitôt admis.

Examen :

Inspection : La bouche étant ouverte et la langue relevée, on constate au dessous de celle-ci, immédiatement collée sur le côté gauche du frein, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur, irrégulièrement arrondie, a une coloration bleuâtre et occupe assez exactement sur le côté gauche du frein de la langue, l'espace angulaire que forme le plancher de la bouche avec la face inférieure de la langue. Il n'existe pas d'autre saillie au niveau de la région linguale par la glande sublinguale.

Palper : La petite tumeur est complètement indolente et très mobile. Elle est nettement fluctuante.

Bref, il s'agit évidemment d'une grenouillette sublinguale, mais il est probable, que celle-ci s'est développée non pas au niveau de la glande sublinguale elle-même, mais aux dépens du groupe glandulaire situé de chaque côté du frein de la langue, et qu'on a appelé les glandes de Nuhn Blandin.

Cette grenouillette, malgré son indolence et ses faibles dimensions, gênait cependant d'une façon très notable, à cause de son siège, la mastication et la déglutition.

Le malade consentant à l'intervention, celle-ci est remise au troisième jour après son entrée à l'hôpital.

Opération ; L'antiseptie buccale ayant été rapidement pratiquée, grâce à des lavages buccaux fréquemment répétés, à l'eau boricuée ; on écarte les arcades dentaires et on les maintient écartées au moyen d'un ouvre-bouche, en même temps qu'un aide tire en haut et en avant la langue dont il a saisi la pointe avec la pince érigée.

L'interne du service ponctionne alors avec une seringue de Pravaz la tumeur à sa partie moyenne. Il retire environ 2 centimètres cubes seulement de liquide filant, légèrement blanchâtre, et instille trois gouttes de chlorure de zinc déliquescent.

Quoique l'anesthésie préalable n'ait pas été pratiquée, les douleurs immédiates ne furent pas très vives. Mais il n'en fut pas de même des douleurs tardives qui apparurent dans le courant de l'après-midi et qui furent très vives. Malgré deux piqûres de morphine, en effet, le malade passa une très mauvaise nuit.

Le lendemain, les douleurs quoique supportables, étaient encore assez vives et étaient exaspérées par le moindre mouvement de la langue. La tumeur s'était reproduite et la muqueuse buccale, tout autour d'elle avait une coloration rouge violacée et paraissait très enflammée.

Les douleurs ne cessèrent guère que le quatrième jour, époque à laquelle la grenouillette commença à diminuer. Le malade sortit alors du service.

Il revint huit jours après. La tumeur avait presque disparu.

A sa deuxième visite, au bout de quinze jours, il n'y avait plus

la moindre saillie, et l'on était en droit d'espérer une guérison définitive.

Cette guérison, malheureusement, ne devait être que temporaire. A la fin de février, en effet, notre malade revenait dans le service, se plaignant de ce que sa tumeur s'était reformée. En effet, à l'examen de la cavité buccale, on constata une nouvelle saillie occupant absolument la même place que la première qu'elle dépassait en volume, et dont elle se distinguait par sa forme plus irrégulière et plus aplatie. On proposa alors au patient une nouvelle opération, mais il prétexta qu'il avait trop souffert la première fois, et il déclara qu'il ne se déciderait que lorsque sa tumeur le gênerait.

Il n'a jamais été revu depuis cette époque.

OBSERVATION IV (personnelle).

Grenouillette sublinguale traitée par l'excision partielle, récidive, grenouillette sus-hyoïdienne consécutive.

Au mois de septembre 1897, Louise M..., couturière, âgée de 38 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service du docteur André Petit, alors suppléé par M. Thirolloix, pour une maladie de cœur.

Nous passerons ici sur l'affection médicale qui déterminait la malade à entrer dans un service de médecine, et nous ne nous occuperons que de la tumeur qu'elle présentait au niveau des régions sublinguale et sus-hyoïdienne.

Un an auparavant, la patiente avait, paraît-il, été opérée à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Polaillon, pour une

tumeur analogue à celle qu'elle présentait actuellement, mais beaucoup plus petite. Nous ne pûmes avoir aucun renseignement sur l'opération qu'elle subit. Quoiqu'il en soit, elle resta guérie pendant 6 mois, et au bout de ce temps la tumeur reparut, augmentant lentement mais constamment de volume. La malade, désespérée, ne voulut alors plus entendre parler d'opération, malgré la gêne notable qu'elle éprouvait pour parler, pour mâcher ses aliments et pour déglutir.

Lorsque Louise M... entra à l'hôpital de la Pitié, sa tumeur présentait l'aspect suivant :

A l'ouverture de la bouche, on constatait sous la langue, et du côté gauche, une saillie irrégulièrement ovoïde, de coloration bleuâtre, et à grand axe dirigé d'arrière en avant et de dehors en dehors. Cette saillie avait le volume d'une grosse noix, et à l'état normal, écartait légèrement l'une de l'autre les deux arcades dentaires. De plus, du côté gauche, la région sus-hyoïdienne était déformée par une saillie arrondie du volume d'un gros œuf de poule.

La palpation permettait de constater une fluctuation très nette au niveau de ces deux tumeurs qui présentaient en même temps une fluctuation très nette. De plus, en plaçant d'une part un doigt sur la saillie buccale, et d'autre part un doigt sur la saillie sus-hyoïdienne, il était facile de constater par la transmission de la fluctuation d'un doigt à l'autre, que ces deux tumeurs communiquaient largement entre elles, ou plutôt n'en formaient qu'une seule.

Au centre de la saillie buccale, on constatait une petite cicatrice étoilée, vestige de l'opération qu'avait subi la malade.

Comme nous l'avons dit plus haut, la mastication, la dégluti-

tion et la phonation étaient notablement gênées, et la patiente retenait difficilement sa salive.

Au bout de trois semaines, Louise M... sortait du service de M. Thiroloix, très améliorée au point de vue médical; mais, malgré les conseils qu'on lui donna, elle refusa de passer en chirurgie et s'en retourna de là chez elle.

OBSERVATION V (Thèse de M. Maincent).

Grenouillette sus-hyoïdienne consécutive à une grenouillette sublinguale opérée à l'hospice d'Ivry par M. le docteur Michaux, Excision partielle de la poche kystique par la voie buccale. Phlegmon sus-hyoïdien consécutif nécessitant une contre-ouverture extérieure. Guérison avec fistule qui ne se ferme qu'au bout d'une année, après deux grattages successifs.

La nommée Marie L..., âgée de 24 ans, examinée au mois de mars 1896, se plaint d'avoir une grosseur dans la bouche.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier à signaler ici.

Comme antécédents personnels, à noter simplement ce fait que la malade est, paraît-il, très sujette aux aphtes.

Début. — La malade ne peut préciser d'une façon absolue le début de son affection, et le fait remonter à cinq ou six mois. A cette époque, elle a commencé à sentir sous la langue et du côté gauche une petite saillie très molle, indolente, de la grosseur d'un petit pois, qui parut d'abord se développer très lentement, et dont, par conséquent, elle ne se préoccupa nullement au début.

Cependant, à la fin de janvier 1896, la tumeur buccale avait atteint les dimensions d'une petite noisette. Jusque-là, elle avait été très molle et indolente ; à partir de ce moment, elle devint plus tendue et sensible, en même temps qu'elle se mit à augmenter rapidement de volume, et c'est pourquoi, sur les instances de son patron, la malade se décida à se laisser examiner.

Inspection. — Si l'on fait ouvrir la bouche et relever la langue, on constate que le plancher buccal est soulevé à gauche par une saillie bleuâtre. Cette saillie, de forme ovoïde, à grosse extrémité postérieure, se dirige obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. Elle mesure environ deux centimètres et demi de longueur, un centimètre et demi de largeur à sa partie la plus reculée et un centimètre à sa partie moyenne. Quant à son extrémité antérieure, elle est effilée et confine à la ligne médiane.

Palpation. — La grosseur est nettement fluctuante, elle n'est pas dure, cependant elle paraît plus tendue que ne le sont habituellement les grenouillettes sublinguales.

Comme il a été dit quelques lignes plus haut, la petite tumeur, sans être douloureuse, est pourtant sensible. La mastication, la déglutition et la phonation ne sont nullement gênées.

A ce moment, la malade se rendit à l'hospice d'Ivry qui se trouvait près de chez elle, à la consultation de M. le docteur Michaux. Le diagnostic de grenouillette sublinguale établi, on conseilla une opération ; à cette pensée, la malade se décida à attendre encore quelque temps.

La malade est perdue de vue jusqu'au mois de juin. A cette époque, la saillie buccale a les dimensions d'une grosse noix. Elle a toujours sa coloration bleuâtre et sa forme ovoïde, mais

elle est plus irrégulière et bosselée, surtout à sa partie postérieure.

A la palpation, on constate, comme autrefois, une fluctuation très nette et une certaine rénitence.

A l'état de repos, les arcades dentaires s'écartent sensiblement l'une de l'autre et la salive a grande tendance à s'écouler au dehors. D'autre part, la langue étant refoulée, complètement en haut, en arrière et à droite par la tumeur, ne peut évoluer à son axe, et par suite la mastication, la déglutition et la phonation sont notablement gênées.

Ces différents symptômes finissent par inquiéter sérieusement la patiente qui se décide enfin à entrer en chirurgie, à l'hospice d'Ivry, à la fin du mois de juin.

M. le docteur Michaux, alors chirurgien de l'hospice, confirme le diagnostic de grenouillette sublinguale, et décide d'opérer la malade le lendemain même de son entrée.

Celle-ci étant anesthésiée par le chloroforme, M. Michaux excise rapidement la plus grande partie de la paroi supérieure de la poche kystique, dont il s'écoule alors un liquide épais, filant et transparent. La cavité anfractueuse qui reste est ensuite soigneusement et prudemment touchée avec un tampon imbibé d'une solution de chlorure de zinc, et tamponnée avec de la gaze stérilisée.

La malade est mise à un régime alimentaire liquide et se gargarise la bouche le plus souvent possible.

Les suites opératoires sont parfaites ; la patiente sort au bout de quatre jours, mais revient pendant deux semaines tous les trois jours dans le service pour se faire cautériser les débris de la poche kystique avec une solution de nitrate d'argent à 1/50.

Un mois après l'intervention, la guérison semblait complète,

lorsqu'au mois d'octobre, la malade revint de nouveau à la consultation. Depuis cinq ou six semaines, dit-elle, elle croyait sentir sa tumeur revénir. A première vue on eût pu penser que la malade se trompait, car il n'existait pas au niveau de la région sublinguale de saillie bien nette ; au contraire, la cicatrice opératoire était plutôt déprimée. Un examen plus minutieux permit de constater que la moitié gauche du plancher buccal bombait d'une façon assez appréciable dans toute son étendue. La palpation enfin ne révélait pas de fluctuation évidente, mais plutôt une sorte d'empâtement profond.

Quant à la région sus-hyoïdienne, elle ne présentait encore rien d'anormal.

Malgré de nombreuses exhortations, la malade refusa de rentrer à l'hospice d'Ivry, sous prétexte qu'elle n'éprouvait alors aucun malaise.

Ce n'est qu'au mois de janvier suivant, c'est-à-dire trois mois après, qu'un nouvel examen permit de constater que toute la région sublinguale gauche était soulevée par une tumeur beaucoup moins saillante que celle révélée par l'examen précédent du mois de juin, mais aussi beaucoup plus étalée dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal. De plus, à son niveau, la muqueuse buccale n'avait pas une coloration bleuâtre comme dans la grenouillette sublinguale ordinaire ; elle avait conservé sa coloration rouge ; peut-être, était-elle un peu plus foncée qu'à l'état normal.

A la palpation, on constatait maintenant au niveau de la tumeur une fluctuation très nette, en même temps qu'un certain degré de tension. La muqueuse buccale qui la recouvrait semblait de plus notablement épaissie.

Mais, ce n'était pas tout ; cette fois, en effet, on remarquait

que la région sus-hyoïdienne bombait d'une façon très appréciable du côté gauche, surtout quand la malade fermait la bouche et faisait quelques mouvements de déglutition, ou encore pressait directement avec le doigt sur la tumeur buccale.

La voussure sus-hyoïdienne n'était d'ailleurs pas nettement fluctuante, et la peau qui la recouvrait avait conservé son aspect normal et sa souplesse habituelle.

A partir de ce moment, la saillie buccale resta sensiblement stationnaire, tandis qu'au contraire, la tumeur sus-hyoïdienne augmenta rapidement de volume.

A la fin de mars 1897, elle avait la dimension d'un œuf à grosse extrémité inférieure et à direction un peu oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Ses limites n'étaient pas bien précises. A ce moment la fluctuation était très nette et se transmettait facilement de la région sublinguale à la région sus-hyoïdienne. La muqueuse buccale et la peau que recouvraient la tumeur conservaient les mêmes caractères. Enfin, à noter, une gêne notable dans les fonctions de mastication, de déglutition et de phonation.

En présence de ces symptômes inquiétants, la malade se rendit à la consultation de l'Hôtel-Dieu; là, elle fut admise avec le diagnostic de grenouillette sus-hyoïdienne. Sur les conseils d'une de ses amies, elle n'entra pas à l'Hôtel-Dieu et préféra aller se faire traiter à l'Hôpital International. Là, une opération fut faite dès le lendemain de son entrée. Les détails manquent pour préciser ce que fut cette intervention, mais il est probable, d'après le traitement qui suivit, qu'elle consista en une excision partielle de la poche kystique par la voie buccale, suivie d'un tamponnement de la cavité profonde qui restait.

Quoi qu'il en soit, la malade sortit au bout de huit jours, ses

ressources ne lui permettant pas de séjourner plus longtemps dans le service.

A ce moment elle allait, paraît-il, assez bien, mais au bout de dix jours, malgré les pansements qu'elle venait se faire faire tous les deux jours à l'Hôpital International, et malgré des lavages continuels de la bouche à l'acide borique, elle eut de la fièvre, en même temps qu'apparaissaient tous les symptômes d'un véritable phlegmon sus-hyoidien ; de sorte que deux semaines après sa sortie, la malade dut rentrer dans le service pour subir une nouvelle opération qui, très probablement, consista en une large contre-ouverture de la poche kystique infectée au niveau de la région sus-hyoidienne.

Cette intervention soulagea très rapidement la patiente, qui, cette fois, ne resta que trois jours à l'Hôpital International, mais revint dans la suite pendant longtemps se faire panser trois fois par semaine. Grâce aux précautions antiseptiques qu'elle prit, et à la fréquence des pansements, l'orifice du plancher buccal se ferma assez vite ; au bout d'un mois, la cicatrisation était complète de ce côté. Il n'en fut pas de même de la plaie sus-hyoidienne. Celle-ci, en effet, avait bien de la tendance à se fermer, mais à intervalles plus ou moins éloignés, les liquides septiques s'accumulaient dans la cavité kystique infectée et occasionnaient de la douleur. Il fallut à plusieurs reprises agrandir au bistouri l'ouverture sus-hyoidienne pour faciliter l'écoulement du pus au dehors.

Ce ne fut qu'au bout de quatre mois que l'on put supprimer le petit drain de caoutchouc jusque-là laissé en permanence dans la plaie. Comme la cavité profonde semblait alors à peu près comblée et qu'il ne restait plus qu'un trajet fistuleux, on essaya de faciliter la fermeture de celui-ci en le grattant avec

une cure tranchante après anesthésie locale préalable à la cocaïne.

Cette petite intervention n'eut pas le résultat heureux qu'on en pouvait attendre ; la fistule persista, malgré des attouchements fréquents à la teinture d'iode.

Dix mois après l'intervention, le trajet fistuleux n'était pas encore fermé, bien que le suintement fût devenu insignifiant. Un second curettage fut pratiqué après anesthésie locale et cette fois, au bout d'un mois 1/2, la plaie sus-hyoïdienne était complètement cicatrisée.

Depuis, la malade va aussi bien que possible et elle s'est présentée dans le service de M. le Professeur Le Dentu, où il a été constaté, au dernier examen, que la cicatrice sus-hyoïdienne mesurait environ cinq à six centimètres et avait de la tendance à devenir chéloïdienne.

OBSERVATION VI

Grenouillette sublinguale opérée par excision et cautérisation de la poche. Récidive après trois mois et apparition d'une tumeur sus-hyoïdienne communiquant avec la poche sublinguale. Excision complète de la tumeur kystique par la région sus-hyoïdienne. Guérison. (Soc. de chirurgie, 1881 et th. de Boyer, Lyon, 1895).

Lassalle Louise, 7 ans, entre le 2 septembre 1880 à l'hôpital de Sétif. Cette enfant a une bonne santé habituelle. Depuis deux mois environ, ses parents se sont aperçus que l'enfant avait sous la langue une tumeur qui allait tous les jours en augmentant. Cette tumeur, indolente, de la grosseur d'une noix, bilobée,

était séparée en deux parties par le frein de la langue. Elle est fluctuante, à parois minces, transparentes, la muqueuse est saine, la glande est repoussée en haut.

Si on place un grain de sel sur le plancher de la bouche, la salive se met à sourdre par les canaux de Warthon.

Diagnostic porté. — Grenouillette développée probablement dans une glande sublinguale.

7 septembre. — Chloroformisation et opération. Un ténaculum est enfoncé dans la tumeur et, à l'aide de deux coups de ciseaux, j'excise la plus grande partie de la paroi supérieure du kyste. Il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide jaune filant et visqueux. Le kyste étant débarrassé de ce liquide, je fais une forte cautérisation des parois de la poche avec le crayon de nitrate d'argent.

Le lendemain, réaction assez vive ; fièvre légère et tuméfaction de la région sus-hyoidienne. Lait. Bouillon et gargarisme.

Trois jours après l'opération, l'enfant part à la campagne. La tuméfaction du cou a disparu.

8 jours après la plaie est en voie de cicatrisation.

A la fin de septembre, plaie fermée.

L'enfant revient à la visite en mars 1881, 6 mois après l'opération.

Une tumeur, volumineuse comme une mandarine, siège sous le menton, sur la ligne médiane : elle est indolente, arrondie, peu tendue, avec une vague fluctuation. Si on fait ouvrir la bouche de l'enfant, on voit le plancher buccal légèrement soulevé par une nouvelle tumeur kystique moins volumineuse que celle qui avait été opérée.

Ce kyste intra-buccal augmente de volume si on comprime

la tumeur sus-hyoïdienne, et il est vraisemblable que les deux poches communiquent largement entre elles.

Cette tumeur aurait débuté 3 mois après l'opération, en janvier 1881.

L'enfant entra dans le service le 2 avril 1881, et je décidai l'opération.

Quel procédé suivre ?

Les injections irritantes ont été employées 5 fois : 3 fois par Nélaton, 1 fois par Jobert, 1 fois par Dolbeau ; 3 fois la simple ponction avec injection fut suivie de succès, mais les malades ont été revus, une fois la poche suppura (Nélaton), une autre fois il y eut fistule (Dolbeau). Chassaignac eut un succès définitif en introduisant un tube à drainage recourbé en anse dans la tumeur extérieure et en faisant chaque jour des injections iodées ; mais après un mois le malade quitta l'hôpital non guéri.

Sachant par ces observations les difficultés que l'on éprouve à faire sortir, par un trocart, le liquide visqueux et filant de ces tumeurs, je résolus de disséquer le kyste et d'en inciser les parois.

Le 8 avril. — Opération sous chloroforme. Incision. Le kyste fait saillie entre les bords de la plaie. Dissection et énucléation d'un kyste sébacé qui creva et laissa écouler un liquide visqueux filant, jaune brun foncé.

La dissection montra que les deux poches communiquaient largement entre elles.

La plaie fut bourrée avec quelques boulettes de charpie trempées dans de l'eau de Pagliari et un bandage simple maintint le pansement.

Le lendemain, un peu de fièvre. Potage et lait.

Le quatrième jour les boulettes de charpie sont enlevées. La fièvre a disparu et la plaie est très belle. Rapprochement des parois à l'aide de quelques bandelettes de diachylon.

Le cinquième jour, état général de l'enfant bon. Suppuration, assez abondante.

Elle diminue les jours suivants et le malade sorti le 12 mai sans avoir éprouvé le moindre accident.

Le plancher de la bouche était complètement affaissé : les conduits de Warthon toujours perméables, et il ne restait de cette affection qu'une petite cicatrice linéaire dissimulée sous la saillie du menton.

OBSERVATION VII.

Grenouillette sus-hyoïdienne consécutive à une grenouillette sublinguale opérée. — Extirpation de la poche par la voie sus-hyoïdienne. — Guérison. — Thèse de Boyer, Lyon 95.

Le nommé B... Jean, 34 ans, est entré à l'hôpital de la Charité le 19 novembre 1895, salle Boyer, n° 3.

En 1894, ce malade constate dans la bouche une grosseur sous la langue, du côté gauche. Le 20 septembre 1894, il entre à l'hôpital Saint-Louis. M. L. Championnière fait une incision simple. Le 20 novembre, récidive nouvelle incision et cautérisation avec une forte solution de chlorure de zinc. Deux mois après, récidive, cette fois à la région sous-maxillaire, la tumeur atteint le volume d'un œuf. B... entre alors à l'Hôtel-Dieu. M. Polaillon fait une incision sur la tumeur et cautérise avec la solution de chlorure de zinc. Quinze jours après, récidive dans la bouche,

nouvelle incision; récidive un mois après la sortie de l'hôpital et cette fois la grenouillette est sous-maxillaire.

Le 15 juillet 1895. — Le malade entre à la Charité : M. Desprès constate sous l'angle de la mâchoire et s'avancant en avant une tumeur fluctuante grosse comme un petit œuf. Il tenta d'abord un procédé classique : le séton. Il fit passer un séton en anse dans la grenouillette; pendant cinq mois la grenouillette paraissait guérie. Le séton en caoutchouc tomba. Un mois après la grenouillette était reparue et elle avait cette fois le volume d'un œuf. M. Desprès prit alors son parti, celui d'enlever le kyste et la glande sous-maxillaire.

Le 9 janvier. — Le malade était endormi à fond, voici comment il procéda à l'opération : incision de l'angle de la mâchoire à un centimètre du menton et à un travers de doigt du bord maxillaire inférieur, deuxième incision en croissant à la concavité supérieure et circonscrivant les cicatrices des anciennes opérations et allant rejoindre les deux extrémités de la première incision. Section du seaucier, de l'aponévrose et du tissu cicatriciel. Ablation d'un ganglion lymphatique ; on tombe sur la poche. Elle est assez facilement disséquée de haut en bas et d'arrière en avant. L'on voit nettement l'hypoglosse, le mylo-hyoïdien, le digastrique et le muscle du pharynx. Le kyste avait disséqué toutes ces parties. Le kyste est alors disséqué d'arrière en avant et l'on arrive sur la glande sous-maxillaire qui est disséquée, non sans ouverture de l'artère faciale qui est immédiatement liée ; ceci fait, il fallut disséquer le kyste de la trachée, et de la gaine des vaisseaux. Mais en détachant le kyste de la trachée, il y eut des veines du plexus hyoïdien en bas ouvertes ; un léger sifflement indiquant l'entrée de l'air dans les veines, une ligature fut immédiatement placée sur la veine et tout rentra dans l'ordre. Un drain

fut placé jusque dans le fond de la plaie et une suture profonde (5 points) réunit la plaie qui fut pansée avec une compresse d'eau et d'alcool camphrée et un cataplasme de farine de lin par dessus. L'opération dura environ 11 minutes.

Les suites de l'opération furent simples, à part un érysipèle circonscrit de la face qui dura quatre jours. Le huitième jour la température du malade était normale, 37° le matin et 37°2 le soir. Le drain fut enlevé le huitième jour. La ligature de la faciale tomba le douzième jour, le dix-septième la ligature de la veine tomba et le dix-huitième, la plaie était refermée.

Une particularité doit être signalée, le malade qui était un peu nerveux et avait été difficile à endormir, lorsqu'il cessa d'être sous l'influence du chloroforme se réveilla aphone. M. Desprès pensa de suite à une lésion du nerf récurrent gauche, mais pendant l'opération il ne l'avait ni vu, ni touché. On eut le secret de cet accident en consultant les antécédents du malade.

Ce malade avait eu pendant son service militaire des bronchites à répétition et avait eu une extinction de voix complète qui avait duré 18 mois. Et pendant la période de 28 jours, après son service militaire, il avait été réformé comme tuberculeux. L'évènement a prouvé que l'extinction de voix était bien liée à la constitution du malade, car la voix est revenue au mois de mars dernier. Il est bon d'ajouter que l'examen laryngoscopique fait au mois de février montrait que les cordes vocales étaient saines et non paralysées, et qu'il y avait seulement des rougeurs et quelques granulations sur la muqueuse du larynx.

L'examen de la pièce montra que la grenouillette était d'origine glandulaire.

OBSERVATION VIII.

Grenouillette sus-hyoïdienne. Extirpation à peu près complète de la poche à la fois par la voie buccale et par la voie sus-hyoïdienne. Drainage. Guérison. (Th. Charvillat, Paris, 1895).

Scherer Nicolas, 14 ans et 1/2, entre le 11 octobre 1897, salle Dolbeau, il présente dans la région sublinguale une tumeur grosse comme une noix, dépassant la ligne médiane, elle envahit le côté droit du plancher de la bouche jusqu'au bord du maxillaire, effaçant ainsi le sillon qui sépare le plancher buccal de cet os.

La langue est soulevée et l'élocution est tout à fait défec-
tueuse.

La déglutition est bonne mais l'enfant présente sur le bord gauche de la langue, des érosions dues à ce qu'il se mord en mangeant. Dans la région sus-hyoïdienne, la tumeur fait saillie et se montre avec les apparences d'un gros œuf de pigeon sur la ligne médiane. Le doigt posé sur la tumeur buccale sent la fluctuation qu'imprime un doigt appuyant de bas en haut dans la région sus-hyoïdienne. M. Félizet diagnostique : Grenouillette sublinguale avec prolongement sus-hyoïdien. A son idée, le liquide contenu dans cette poche double n'est pas inférieur comme quantité à 60 centimètres cubes.

Antisepsie de la bouche et des dents.

Le 13 octobre, opération en 2 temps. Dans le 1^{er} temps, M. Félizet énuclée la majeure partie de la tumeur buccale par son pro-

cédé ordinaire. Après en avoir, avec des ciseaux, réséqué la plus grande partie possible, il attaque le restant de la poche par la région sus-hyoïdienne.

Une incision antéro-postérieure de cette région, faite sur une sonde cannelée introduite par la plaie buccale fait rencontrer la poche qui n'a pas été préalablement bourrée par l'ouverture buccale. Quand la poche est mise à nu sur une surface d'environ 2 francs, elle est ouverte entre deux pinces, bourrée d'éponges et la dissection se fait. La communication de la poche buccale et sus-hyoïdienne admet facilement l'index. Il est très difficile d'affirmer que la dissection a été complète, car il n'y a plus de limites précises de cette poche, dont une partie a été enlevée dans le premier temps. Aussi, comme il est impossible de prétendre, dans ce cas, qu'il ne reste pas une collerette de tissu de la grenouillette au dessous du collet de communication, on ne referme pas immédiatement la plaie.

Un drain fait communiquer ce foyer à la bouche avec la poche sus-hyoïdienne. Pansement à la gaze salolée.

14 octobre. — Grog. Thé au rhum. Gargarismes boriqués ; le pansement souillé de salive est refait après un lavage de la poche avec une solution de chloral à 1/100.

15-16 octobre. — Même pansement.

17 octobre. — Le drain est enlevé.

Les 3 ou 4 jours suivants, il s'écoule encore un peu de salive par la plaie sus-hyoïdienne ; lavages chloralés.

23 octobre 1897. — La plaie cessa de laisser couler de la salive.

Les suites furent très bonnes. Il ne se produisit pas de fistule salivaire.

30 octobre 1898. — Environ 1 an après l'opération, nous allons trouver l'opéré chez ses parents. Nous constatons l'excellence

du résultat. Pas de récidence. Une partie de la muqueuse un peu plus blanchâtre qu'ailleurs seule rappelle l'opération.

OBSERVATION IX

Louis. Mém. de l'Acad. de Ch., t. I, p. 361.

Grenouillette vulgaire, accompagnée d'une autre tumeur du volume d'un petit œuf, placée extérieurement sous le menton, vers l'angle de la mâchoire, celle-ci présentait une fluctuation sensible et était bien distincte de la tumeur sublinguale.

L'incision de la grenouillette vulgaire fit en même temps disparaître la tumeur extérieure.

OBSERVATION X

*Grenouillette sublinguale et hyoïdienne. Gillette.
(Th. de Charvillat. Paris, 1895).*

Homme de 72 ans, bien portant, porteur d'une tumeur sublinguale depuis 18 ans au moins ; aucun phénomène inflammatoire. Dans le larynx, elle faisait une saillie analogue à celle d'une pomme d'api, fluctuation et sensation pâteuse. Passage d'un gros drain du cou à la bouche. Après l'ouverture faite dans le segment sublingual, il sort une quantité considérable d'une matière analogue absolument au mastic de vitrier. On enlève toute

cette substance avec une grosse curette plongée dans la poche à diverses reprises. A la suite de l'opération, il n'y eut aucun accident, aucune réaction inflammatoire, mais quand le malade est sorti, au mois de décembre, la tumeur sublinguale semblait s'être reproduite en partie.



CONCLUSIONS

1° La grenouillette sublinguale commune est une production néoplasique primitive, localisée dans la glande elle-même.

2° Au point de vue anatomo-pathologique, elle constitue le cysto-épithélioma colloïde des glandes salivaires analogue aux cysto-épithélioma de l'ovaire, du pancréas, etc.

3° Son étiologie n'est que banale; les causes invoquées n'ont que le rôle de causes prédisposantes et localisantes.

4° La grenouillette sublinguale présente les principaux caractères suivantes : siège au niveau de la glande sublinguale, coloration rosée ou bleuâtre, fluctuation très nette et indolence absolue.

5° Les principales formes cliniques de la grenouillette autres que la grenouillette proprement dite commune, sont : la grenouillette de la glande de Nuhn

Blandin, la grenouillette par ectasie du canal de Wharton et la grenouillette congénitale.

6° Les complications de la grenouillette sublinguale sont très rares; la principale à retenir est la transformation possible en grenouillette sus-hyoïdienne.

7° Le diagnostic de la grenouillette sublinguale s'impose généralement, seuls le lipome et le kyste dermoïde du plancher de la bouche, surtout lorsqu'il est médian, peuvent quelquefois prêter à confusion.

8° Le pronostic n'est jamais grave, mais néanmoins la grenouillette sublinguale est fréquemment « une source d'ennuis considérables à cause de la tendance aux récidives, de la longueur et des difficultés du traitement. » (1).

(1) Morestin. *Loc. cit.*

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
LANNELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Albert.* — Die nenesten Ausichten uber die natur der Ranula. Allg. Wien. medic. Zeit., 1887, 379.
- Achard et Lannelongue* — Traité des kystes congénitaux, Paris, 1886, p. 416.
- Bazy.* — Anatomie et physiologie de la grenouillette. Progrès médical, Paris, 1883, p. 735.
- Bonibart.* — Thèse Paris, 1853. De la grenouillette et de son traitement.
- Boyer.* — Thèse Lyon, 1895. De la grenouillette sus-hyoïdienne.
- Cadiot.* — Étude sur les grenouillettes. Thèse Paris, 1879, n° 310.
- Chabert.* — Des grenouillettes. Thèse Montpellier, 1885, n° 55.
- Charvillat.* — Thèse Paris, 1895. Grenouillette sus-hyoïdienne.
- Chauvel.* — Article grenouillette. Dict. encycl des sciences médic. Paris, 1884. 4^e série, t. X, p. 628.
- Cornil et Ranvier* — Manuel d'histologie pathologique, Paris, 1883, t. II, p. 246.
- Dassey.* — Étude sur la grenouillette et sur son traitement par les injections irritantes.
- Delens.* — De la grenouillette sus hyoïdienne. Revue de chirurgie, 1881.

- Dieu.* — Un cas de grenouillette sublinguale et sus-hyoïdienne, *Bullet. soc. chir. Paris*, 1881, t. V, r. 456.
- Fassenot.* — De la grenouillette et de son traitement. *Strasbourg*, 1855.
- Félizet.* — *Bulletin soc. chirurg.* 1891, p. 603.
- Forget.* — De la coexistence d'une grenouillette sublinguale et d'un kyste sus-hyoïdien. *Bulletin soc. ch. Paris*, 1871.
- Gillette.* — Grenouillette sublinguale et sus-hyoïd. *Journal des comm. méd. prat. Paris*, 1884, p. 107.
- Gosselin.* — Grenouillette subling. et sus-hyoïd. *Gazette des Hôp. de Paris*, 1880. p. 577.
- Hartmann.* — *Nouveau traité de chirurgie Duplay et Reclus*, article grenouillette, t. V. p. 231.
- Hergès.* — Ueber die Behandlung der Ranula. *Arch. für. klin. chir. Berlin* 1884. p. 452.
- Lelièvre.* — *Th. Paris*, 1861. De la grenouillette.
- Magnier.* — *Nature de la grenouillette et de son traitement. Th. Paris*, 1854.
- Morestin.* — *Traité de ch. Le Dentu et Delbet. Article Grenouillette.*
- Overbeck.* — Zur behandlung der Ranula *Arch. für. klin. chir. Berlin*, 1884.
- Pichon.* — De la grenouillette et de son traitement. *Paris*, 1854.
- Raillard.* — *Thèse Paris*, 1871. Diagnostic et traitement de la grenouillette et des tumeurs sublinguales.
- Tillaux.* — Pathogénie de la grenouillette. *Bulletin de la Soc. chirurg. Paris*, 1874, p. 316.
- Lonnenburg.* — Litz und behandlung der Ranula. *Arch. für klin. chir. Berlin*, 1883, p. 627.

